FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1912

THÈSE

N°.....

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Contribution à l'Etude du Traitement

DES

Suppurations graves des gaines Synoviales

DE LA MAIN

Par LOUIS FERRAND

Ancien interne provisoire des Hôpitaux de Paris

Né à Blois, le 24 Février 1884

Président : PAUL SEGOND, *Professeur*

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE

JULES ROUSSET

1, rue Casimir-Delavigne et rue Monsieur-le-Prince, 12

1912

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. D. LANDOUZY
Professeurs	MM.
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	CH. RICHET
Physique médicale	WEISS
Chimie organique et chimie générale	GAUTIER
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générale	ACHARD
Pathologie médicale	WIDAL TEISSIER
Pathologie chirurgicale	N.
Anatomie pathologique	PIERRE MARIE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	HARTMANN
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	MARFAN
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LETULLE
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	DEBOVE LANDOUZY GILBERT CHAUFFARD
Maladies des enfants	HUTINEL
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	GILBERT BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	DEJERINE
Clinique chirurgicale	PIERRE DELBET QUENU RECLUS SEGOND
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	N.
Clinique d'accouchement	BAR PINARD RIBEMONT DES SAIGNES
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	A. ROBIN

Agrégés en exercice

MM.

BALTHAZAR	DESGREZ	LENORMANT	PROUST
BERNARD	DUVAL PIERRE	LEQUEUX	RETTERER
BRANCA	GOUGEROT	LERI	RATHERY
BRINDEAU	GREGOIRE	LŒPER	RICHAUD
BROCA ANDRÉ	GUENIOT	MACAIGNE	ROUSSY
BRUMPT	GUILLAIN	MAILLARD	ROUVIERE
CAMUS	JEANNIN	MORESTIN	SCHWARTZ
CARNOT	JOUSSET ANDRÉ	MULON	SICARD
CASTAIGNE	LABBÉ MARCEL	NICLOUX	TERRIEN
CHEVASSU	LANGLOIS	NOBÉCOURT	TIFFENEAU
CLAUDE.	LAIGNEL-LAVASTINE	OKINCZYC	ZIMMERN
COUVELAIRE	LECÈNE	OMBREDANNE	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A la mémoire de mon Grand-Père

le Docteur A. FERRAND

médecin a mer

Le souvenir de sa vie toute de travail, de dévouement et de probité sera pour moi, comme il l'a été pour mon père, le meilleur des exemples.

A mon Père

le Docteur J. FERRAND

Chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Blois

A MA MÈRE

A MES GRANDS-PARENTS

A MES PARENTS

A MES AMIS

A mes Maitres dans les Hopitaux de Paris

M. le Professeur P. RECLUS ;
M. le Professeur H. ROGER ;
M. le Docteur L. FOURNIER ;
M. le Docteur BROCQ ;
M. le Docteur APERT ;
M. le Professeur BRISSAUD (*in memoriam*).
M. le Docteur SICARD

A mes Maitres d'Internat provisoire

M. le Professeur CHANTEMESSE ;
M. le Docteur LŒPER ;
M. le Docteur LEREBOULLET ;
MM. les Docteurs P. MICHAUX et WIART ;
M. le Docteur LEPAGE ;
MM. les Docteurs REYNIER et CHIFOLIAU ;

A MM. les Docteurs

MICHON, SAVARIAUD, POTOCKI

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR SEGOND

Professeur de Clinique Chirurgicale

Chirurgien de la Salpêtrière

Officier de la Légion d'Honneur

Introduction

Le phlegmon des gaînes synoviales de la main est longuement étudié dans les traités classiques, mais ces études à son sujet visent surtout sa pathogénie et ses symtômes. Les auteurs insistent relativement peu sur le traitement.

Pendant le temps passé à Lariboisière, chez notre maître M. Reynier, il nous a été donné de voir plusieurs phlegmons des gaînes traités de façons différentes.

A l'exemple de M. Lecène, M. Chifoliau a pensé qu'il y avait mieux à faire que de pratiquer les interventions habituellement employées, il a incisé les gaînes en sectionnant le ligament annulaire antérieur. D'autres fois, il a pratiqué la résection du carpe pour des arthrites venant compliquer la suppuration des gaînes.

Ce sont deux méthodes qu'il nous a engagé à étudier. Nous le remercions vivement des conseils qu'il a bien voulu nous prodiguer.

M. Lecène nous a confié ses observations. Nous lui en sommes profondément reconnaissant, ainsi

qu'au professeur Hartmann dans les services duquel elles ont été recueillies.

Nous sommes heureux de nous conformer à l'usage en exprimant notre vive gratitude à tous ceux qui ont veillé à notre formation médicale. Notre reconnaissance va tout particulièrement à M. Reynier, dont la sollicitude pour nous a toujours été sans bornes.

Nous tenons à remercier nos maîtres d'internat provisoire pour l'accueil bienveillant qu'ils nous ont ménagé dans leurs services. Qu'il nous soit permis aussi de témoigner notre sincère affection à nos amis qui nous ont prêté leur aide pour la rédaction de ce travail.

Historique

Le traitement chirurgical des suppurations des gaînes synoviades de la main paraît avoir peu varié depuis longtemps déjà. Ce sont les incisions palmaire et antibrachiale avec passage du drain sous le ligament annulaire qui sont habituellement employées.

Cependant, Chassaignac avait déjà pratiqué avec succès, en 1857, l'incision des gaînes avec section du ligament annulaire antérieur du carpe et il posait en ces termes le problème de la conduite à tenir quand il y avait à la fois phlegmon des gaînes de la main et de l'avant-bras : «Lorsque, coïncidemment à l'existence d'un phlegmon profond, il existe, à n'en pouvoir douter, un envahissement purulent à la partie inférieure de l'avant-bras, on peut se demander quelle est la conduite chirurgicale à tenir, ou de celle qui consiste à faire une incision distincte de l'incision pratiquée déjà sur la paume de la main ou de celle qui consiste à prolonger tout d'un trait l'incision palmaire en sectionnant toute l'épaisseur du ligament annulaire du carpe.

« Il faut couper le ligament annulaire et tout dis-

posé que nous soyons en faveur de l'emploi des tubes en pareil cas, nous n'hésiterons pas à dire que nous *croyons de beaucoup plus sûre* la méthode de l'incision. Avec le drainage, on pourrait quelquefois obtenir un succès remarquable par sa rapidité, mais dans le cas où il manque son effet, et il peut le manquer, l'infiltration purulente peut continuer sourdement et compromettre la vie du malade. » (Chassaignac, *Traité de la suppuration et du drainage*, T. II, p. 560).

Nous avons tenu à faire cette longue citation pour montrer que Chassaignac connaissait les inconvénients possibles du drainage dans le traitement des suppurations des gaînes synoviales palmaires. Malgré les complications survenues après emploi de ce procédé on le trouve généralement employé pendant toute la moitié du siècle dernier. Il en est question dans les travaux de Dolbeau de Gosselin, dans les thèses de Bauchet, de Chevalet, de Schwartz. les mêmes auteurs ne parlent plus de la section du ligament annulaire.

Ce dernier procédé paraît n'avoir été repris qu'assez récemment à l'étranger.

On trouve, à ce sujet, les travaux de Helferich, en 1891, de Foorsell, en 1903, Kanavel conseille cette méthode d'incision en 1909.

En France, Lecène donne plusieurs résultats qui lui paraissent favorables.

M. Chifoliau a pratiqué la même intervention dans plusieurs cas, dans d'autres il a fait la résection

du poignet pour des phlegmons trop tardivement traités et compliqués d'arthrites du carpe.

Nous ferons, dans ce travail, un exposé très succinct de l'anatomie des gaînes synoviales de la main bien connue depuis les remarquables travaux de Schwartz et de Poirier, et nous étudierons ensuite :

2° Les indications du traitement dans les phlegmons des gaînes synoviales de la main ;

3° Le traitement habituellement suivi et ses inconvénients ;

4° L'incision des gaînes dans toute leur étendue, avec section du ligament annulaire antérieur du carpe ;

5° La résection totale ou partielle des os du carpe en cas d'arthrites compliquant le phlegmon ;

6° Les résultats donnés par ces deux méthodes.

CHAPITRE I

Anatomie des gaînes synoviales palmaires

Nous croyons utile de rappeler ici quelques points de l'anatomie des gaînes des tendons fléchisseurs de la main et leurs connexions avec les grandes synoviales palmaire, radiale et cubitale, avant d'aborder l'étude de la thérapeutique des phlegmons des gaînes.

Séreuses digitales.

Elles sont au nombre de cinq (une pour chacun des doigts), toutes constituées sur le même mode, mais deux seulement nous intéressent, car elles peuvent communiquer et communiquent le plus souvent avec les grandes gaînes synoviales palmaires, radiale et cubitale. Ce sont les gaînes des tendons fléchisseurs du pouce et du petit doigt.

Nous ne nous attarderons pas à leur anatomie histologique et aux détails de leur anatomie descripti-

ve. Rappelons seulement que, séreuses, elles sont constituées par un feuillet parétal (cellulo-endothélial) revêtant la face interne du canal ostéofibreux et un feuillet viscéral recouvrant le tendon. Le feuillet pariétal se réfléchit en cul de sac circulaire pour se continuer avec le feuillet viscéral aux deux extrémités de la gaîne : extrémité proximale à 10 ou 15 millimètres au-dessus de l'interligne métacarpo-phalagien ; extrémité distale à la base de la phalangette.

Synoviales palmaires.

Il existe deux grandes synoviales palmaires : radiale et cubitale.

Chez le fœtus, ces synoviales ne communiquent pas avec les séreuses digitales. Mais il n'en est plus de même chez l'adulte. Pour Schwartz, Dumont, etc., la synoviale palmaire radiale communique toujours avec la séreuse digitale du I. Cependant, Poirier admet que ces deux séreuses restent isolées chez l'adulte une fois sur 20 environ.

La synoviale palmaire cubitale communiquerait avec la séreuse du petit doigt dans 19 cas sur 20 pour Schwartz, Dumont, Rosthorn, etc..., tandis que pour Poirier la non-communication serait beaucoup plus fréquente : (au moins 1/3 des cas) = 100.

Enfin, la plupart des auteurs depuis Gosselin répètent que les séreuses cubitale et radiale ne com-

muniquent jamais ensemble. Tel n'est pas l'avis de Poirier, cet auteur affirmant que la séreuse palmaire moyenne postérieure qui existe dans 8 cas sur 10, établit une fois sur deux une communication entre les séreuses radiale et cubitale.

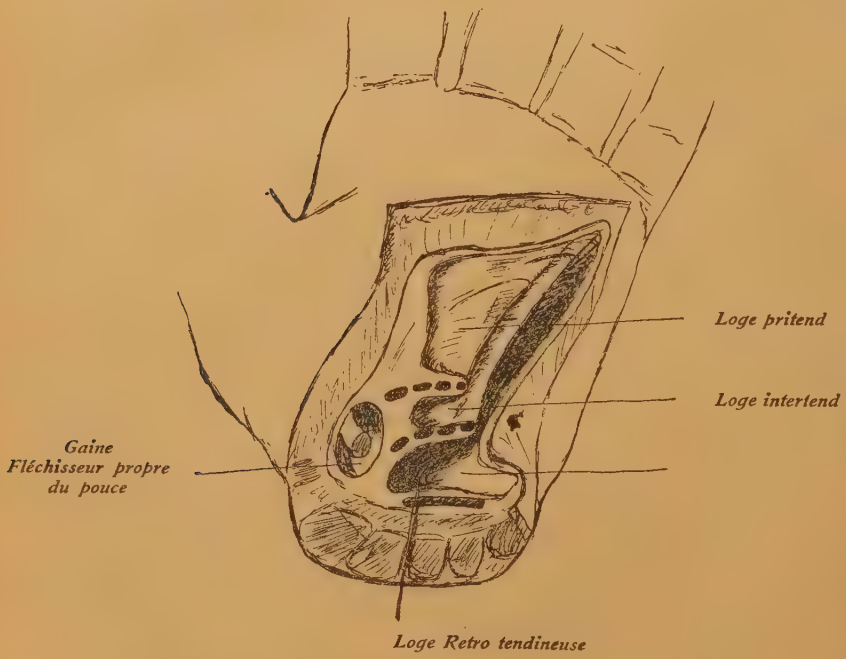
Il nous a semblé nécessaire de rappeler les variations des communications entre les séreuses digitales I et V, et les synoviales palmaires radiale et cubitale, et les variations de communication de ces deux grandes synoviales entre elles qui ont un grand intérêt au point de vue de la propagation des suppurations de ces gaînes et de la thérapeutique à leur appliquer. On peut donc dire que, chez l'adulte, la grande séreuse radiale entoure le long fléchisseur propre du pouce depuis son insertion à la phalange unguéale jusqu'au dessus du ligament annulaire sa longueur totale atteignant 12 à 14 centimètres. Le feuillet pariétal répond « dans l'éminence thénar aux muscles adducteurs et court fléchisseur du I, au niveau du poignet à la partie radiale du canal carpien, tandis que du côté cubital, il s'applique aux tendons fléchisseurs de l'index et à la séreuse palmaire cubitale, à laquelle elle s'adosse en arrière de ces tendons et quelquefois entre eux ; à l'avant-bras enfin, son cul-de-sac répond aux muscles et tendons voisins. » (Poirier, *Anat. hum.*, I).

La synoviale palmaire cubitale (y compris la séreuse digitale du petit doigt) est d'une longueur analogue (13 à 14 centimètres). Elle remonte égale-

ment à l'avant-bras et a la forme d'un bissac étranglé au niveau du ligament annulaire.

Annexée à un plus grand nombre de tendons que la séreuse radiale, elle est plus étendue transversalement. Simple sur son bord cubital, elle forme sur son côté radial trois culs de sac latéraux ou loges que montre la figure :

1° *Prétendineuse*, située en arrière de l'aponévrose palmaire et de l'arcade palmaire superficielle,



La Gaine Synoviale Palmaire Cubitale et ses trois Loges

D'après Poirier, Traité d'Anatomie, tome II

en avant des tendons fléchisseurs superficiels V et IV, elle confine en dedans au nerf médian.

2° *Intertendineuse*, moins profonde, située entre les tendons superficiels et profonds des V et IV.

3° *Rétrotendineuse*, la plus profonde, entre les fléchisseurs profonds en avant et les deux derniers interosseux en arrière.

Ce cul de sac retro-tendineux paraît particulièrement important en ce qui nous concerne. C'est lui qui forme la vraie cavité séreuse dont les deux autres, dit Schwartz, ne doivent être considérées que comme des diverticules. C'est cette gaîne qui se continue jusqu'au niveau du tendon profond du petit doigt, elle communique avec la gaîne du petit doigt librement et d'une façon toute directe.

Ce rapport étroit nous explique comment le panaris de l'auriculaire se complique assez souvent de suppuration de la grande gaîne cubitale.

On conçoit la gravité d'atteinte de celle-ci étant donné son volume et surtout la profondeur du cul de sac retro-tendineux, c'est là, en effet, en avant des articulations du carpe, que le pus aura tendance à s'accumuler.

Le voisinage du cul de sac synovial fait aisément comprendre la propagation trop fréquente du phlegmon aux articulations du carpe et à l'articulation radio-carpienne.

Les rapports entre la synoviale et la surface osseuse sont aussi étroits que possible. Au niveau de la gouttière carpienne il y a union intime du feuillet

pariétal, sourtout le long des parois interne et externe, avec les liganents et le périoste de la face antérieure des os du carpe.

Schwartz note qu'il est presque impossible de séparer le feuillet séreux de l'os crochu en dedans, du trapèze en dehors. Le feuillet pariétal de la synoviale et le périoste de ces os ne forment qu'une seule membrane. La destruction de l'une s'accompagne toujours de la destruction de l'autre, les constatations anatomiques montrent que la périostite suppurée existe aux points où l'adhérence est intime.

CHAPITRE II

Indications du traitement des suppurations graves des gaînes synoviales de la main

Nous avons vu survenir les phlegmons des gaînes synoviales à la suite d'infection du pouce ou du petit doigt.

Dans la majorité, la cause initiale de la suppuration des gaînes a été une plaie du pouce, soit superficielle, soit profonde. Malheureusement, l'infection après avoir atteint la gaîne radiale, a dans la plupart des cas, gagné la gaîne cubitale, aggravant ainsi beaucoup le pronostic au point de vue fonctionnel surtout.

Rarement la suppuration est restée limitée à la gaîne radiale.

Quand le phlegmon a commencé par l'auriculaire, la gaîne radiale a, presque toujours, été atteinte à son tour. On voit par ces exemples combien facilement l'infection passe d'une gaîne à l'autre, cela tient sans doute au retard que les malades mettent à

se présenter à l'hôpital. Il nous paraît probable que certains malades auraient évité la perte de plusieurs doigts si les incisions larges avec section du ligament annulaire avaient été faites plus tôt. Aussi nous rappellerons brièvement les signes cliniques des phlegmons des gaînes. Ceux-ci sont d'ordre général et d'ordre local.

Les phénomènes généraux n'ont qu'une importance relative au sujet de l'indication du traitement chirurgical. Ils consistent en frissons, température élevée et grandes oscillations, insomnie, délire, particulièrement fréquents chez les prédisposés.

Les signes locaux sont, au contraire, d'une grande importance pour établir le traitement, d'autant plus que l'on peut hésiter au sujet de l'existence ou non-existence de l'inflammation des gaînes séreuses.

Nous rappellerons qu'il existe du gonflement souvent considérable, surtout dorsal, de la main.

On recherchera :

1° *La douleur exquise* à la pression tout le long de la gaîne infectée, au niveau du creux palmaire. Elle existe aussi au-dessous du bord supérieur du ligament annulaire antérieur du carpe.

2° *La position des doigts en flexion*. Cette flexion est la caractéristique de l'atteinte des gaînes quand elle existe, mais elle peut être assez peu prononcée et permettre le redressement des doigts.

3° La fluctuation profonde n'existe pas le plus souvent, et beaucoup d'auteurs, Nicaise, Kanavel,

Lecène, sont d'avis, au contraire de Tillaux, de ne pas attendre qu'elle apparaisse pour intervenir.

En effet, plus l'incision sera précoce, plus on aura chance d'éviter au malade la nécrose des tendons ou l'arthrite du carpe qui paraît plus fréquente qu'on serait tenté de le croire.

Dans les cas où il y a doute au sujet de l'existence d'un phlegmon des gaînes, le plus simple nous paraît de faire à l'extrémité du doigt une petite incision de 0.02 environ, allant jusqu'à la gaîne. Une fois l'incision faite, on presse le long de la gaîne et on voit le pus sourdre à l'extrémité du doigt.

C'est cette conduite, qui ne peut être d'aucun danger pour le malade, que nous avons vu suivre par M. Chifoliau, elle permet d'être renseigné de façon certaine et sans attendre que le processus inflammatoire ait fait de nouveaux progrès.

CHAPITRE III

Procédé habituellement employé

La technique de l'ouverture des gaînes le plus souvent suivie est celle que nous trouvons décrite tout au long dans le *Dictionnaire Encyclopédique des Sciences Médicales* (Ed. 1878, article de Polaillon). Nous retrouvons le même procédé recommandé par Tillaux, plus récemment décrit dans la *Pratique Chirurgicale courante*. (Veau, 1907).

Le traitement consiste dans deux incisions, l'une palmaire, l'autre antibrachiale. Pour la gaîne cubitale, on fait une incision palmaire de 0.05 centimètres environ par laquelle on introduit une sonde cannelée. Celle-ci est enfoncée sous le ligament annulaire, on la dirige en haut, elle dépasse le pli de flexion et on sent facilement le bec sous les téguments. On fait alors une contre-incision par laquelle on introduit l'extrémité de la sonde. On remplace celle-ci par un drain.

Pour la gaîne radiale, on fait une incision dans la

commissure du pouce par laquelle on glisse la sonde qui va ressortir au poignet, en dehors du petit palmaire.

Critique du procédé.

Les petites incisions permettent seulement le drainage en anse, suivant les règles établies par Chassaignac.

Ce mode de drainage paraît insuffisant, d'autant que l'antisepsie permet de ne plus redouter les larges incisions ; il n'assure pas l'écoulement du pus du cul de sac rétro-tendineux où celui-ci va se collecter, en arrière des tendons fléchisseurs, formant parfois une large nappe au devant de l'articulation radio-carpienne et jusqu'à la hauteur du carré pronoteur ; c'est le drainage insuffisant de cette collection qui explique la trop grande fréquence des arthrites et ostéites du carpe.

Le drain, passant sous le ligament annulaire, constitue par lui-même un autre élément d'aggravation du processus infectieux. Le canal carpien est constitué de telle façon qu'à l'état normal il est *inextensible* et laisse juste passer, serrés les uns contre les autres, les tendons fléchisseurs, les gaînes synoviales et le nerf médian, serrés par le ligament annulaire antérieur.

Quand l'inflammation tuméfie les tendons et leurs gaînes, il est aisé de concevoir que la constriction augmente, elle deviendra plus considérable encore

si du pus s'accumule dans les culs de sac synoviaux. Quand le chirurgien draine à la façon classique, il passe, assez difficilement du reste, le drain qui se trouve serré contre les tendons et augmente encore la constriction des organes compris dans le canal carpien inextensible.

Ajoutons que la compression des organes du canal carpien entraîne aussi parfois la névrite du médian, elle favorise la nécrose et l'élimination des tendons.

Plusieurs de nos observations sont des exemples de ces complications ainsi que de l'aggravation de l'état général nécessitant des interventions nouvelles.

Nous rappellerons, en particulier, l'observation n° 4 : à la suite d'incisions multiples faites sur le médius et au poignet la main est transformée en un véritable battoir, elle est augmentée de volume, tuméfiée, on remarque sur la face dorsale plusieurs pustules. Les mouvements des doigts, recourbés en crochet, sont impossibles, ceux du poignet également.

L'exploration provoque de vives douleurs, un stylet pénétrant par une des incisions tombe sur les articulations nécrosées.

A l'intervention : résection du carpe par M. Chifoliau, les tendons étaient complètement détruits ainsi que les os du carpe qui furent enlevés à la curette.

Dans l'observation (Obs. I), en 1909, M. Chifoliau

pour un phlegmon de la gaîne cubitale, pratique une incision palmaire puis une incision antibrachiale. Les deux incisions sont réunies par un drain passant sous le ligament annulaire.

Après cette intervention la température tombe, il se produit une amélioration sensible ; dix jours après la température atteint 40, le poignet devient douloureux et impotent, il existe une arthrite du carpe. Les accidents cèdent à la résection des os de la première rangée du carpe. Dans le cas de ce malade il y a eu consécutivement impotence totale de la main et névrite du médian.

M. Lecène cite aussi dans son travail (*Journal de chirurgie* 1911, p. 170) deux malades *amputés* pour arthrites carpiennes et radio-carpienne, il rappelle un cas de névrite du médian tellement douloureux qu'il nécessita la névrotomie et, secondairement, l'amputation.

CHAPITRE IV

Technique des grandes incisions des gaînes avec section du ligament annulaire du carpe

Nous exposerons la technique habituellement suivie et décrite par Lecène (*Journal de Chirurgie*, 1911, p. 141).

Nous commençons par rappeler la nécessité de l'anesthésie générale et de l'emploi de la bande d'Esmarch. Celle-ci est indispensable pour l'hémostase ; elle permet d'inciser sans être gêné par des hémorragies et de lier aisément l'arcade palmaire superficielle.

Tracé de l'incision. — Celle-ci commence à la partie inférieure de l'avant-bras, sur la ligne médiane, à cinq centimètres environ au-dessus du pli de flexion du poignet. Cette première incision sera prolongée jusqu'au milieu de la paume de la main. Ensuite, s'il s'agit d'un phlegmon de la gaîne cubitale on branchera sur cette incision une nouvelle

qui ira jusqu'à l'extrémité du petit doigt ou rejoindra une incision faite antérieurement.

S'il s'agit d'un phlegmon parti de la gaîne radiale, l'incision suivra la direction du pouce ; parfois quand les gaînes sont prises, on fera d'emblée la double incision. Cette incision n'intéressera que l'épaisseur des téguments.

Dans un second temps l'opération atteindra l'aponévrose anti-branchiale puis le *ligament annulaire* antérieur *qui sera complètement* sectionné. C'est cette section du ligament annulaire qui constitue le temps principal de l'intervention. On pensera ici à la possibilité de léser le nerf médian, facile cependant à éviter, il sera récliné en dehors, vers l'héminence thénar. De cette façon on évitera les filets thénariens du nerf qui naissent au-dessous du rebord inférieur du ligament annulaire.

Une fois le ligament annulaire complètement sectionné on prolonge l'incision médiane et verticale vers le milieu de la paume, on va lier entre deux ligatures l'arcade palmaire superficielle.

Cette technique met complètement à jour les tendons fléchisseurs, par suite de la section du ligament annulaire ; les gaînes synoviales, bridées dans le canal carpien deviennent alors faciles à ouvrir et les collections purulentes ne peuvent plus échapper.

En particulier, on peut soulever les tendons fléchisseurs ; c'est en arrière d'eux que l'on trouve, très souvent, du pus au contact des téguments anté-

rieurs de l'articulation radio-carpienne, la nappe purulente descend jusqu'à la hauteur du carré pronateur dans le cul-de-sac rétro-tendineux. On conçoit aisément comment le pus s'accumule dans le cul-de-sac rétro-tendineux, nous y avons déjà insisté et dans plusieurs des observations que nous rapportons l'opérateur a attiré l'attention sur la quantité de pus qui se trouvait collectée en arrière des tendons.

Cette exploration a encore un autre avantage sur lequel Lecène insiste, elle lui a, en effet, permis de mettre en évidence la présence de pus dans la gaîne de l'auriculaire alors que la gaîne du pouce était surtout atteinte et que le panaris initial siégeait au pouce. On reconnaît facilement la présence de pus dans la gaîne du pouce ou du petit doigt, en pressant le long de la gaîne de l'un ou l'autre doigt.

Une fois cette exploration de la gaine faite, on prolongera l'incision le long des tendons fléchisseurs des doigts pris.

S'il s'agit du petit doigt on incisera jusqu'à son extrémité au milieu de sa face palmaire ; ainsi seront évités les artères et les nerfs collatéraux du doigt.

L'incision de la gaine du pouce est plus délicate ; à la base de l'éminence thénar se trouvent les filets du médian qui vont innerver l'éminence thénar. Forsell, Helferich, insistent sur le danger qu'il y aurait à sacrifier ceux-ci. Qu'importerait, dit Forsell, de supprimer tous les mouvements du pouce pour

tenter de conserver les fonctions du seul long fléchisseur ?

Aussi M. Lecène conseille-t-il de ne pas couper à fond toutes les parties molles de la racine du pouce et d'y laisser un point de tissu.

D'autres auteurs, Kanavel, Forsell, tandis qu'ils incisent toujours franchement le ligament annulaire du côté cubital, le respectent du côté radial. Ils incisent la gaîne du fléchisseur depuis l'extrémité du pouce jusqu'à un travers de pouce au-dessous du ligament annulaire. Au niveau du ligament annulaire, leur incision n'intéresse que les téguments, au-dessus du ligament annulaire elle fend la gaîne à nouveau. On peut, disent-ils couper, si l'on veut, la partie supérieure du ligament annulaire.

A part cela, la technique des chirurgiens, qui ont pratiqué les grandes incisions des gaînes avec section du ligament annulaire varie peu, tous sont d'accord pour inciser aussi largement que possible la gaîne cubitale.

Forsell prend comme point de repère l'artère cubitale, s'il en peut sentir les battements malgré l'œdème, ou bien la saillie du pisiforme et il incise en dehors de façon à ne pas toucher à l'artère et à la branche superficielle du cubitale.

M. Chifoliau, au lieu de faire une seule incision antibrachiale, fait deux incisions : l'une cubitale, l'autre radiale ; il ouvre de bout en bout la gaîne cubitale pui la gaîne radiale. L'ouverture de celle-ci se fait en deux temps : dans le

premier, on découvre le ligament annulaire, dans le deuxième, on incise la gaîne en ménageant le filet thénarien du médian.

Pour ouvrir la gaîne cubitale, M. Chifoliau lie l'artère cubitale et coupe la branche anastomatique entre le médian et le cubital.

Ce qui importe le plus, une fois ces incisions faites, c'est d'évacuer le pus qui se trouve derrière les tendons, on reverra la plaie ; en même temps il sera bon de reséquer les parties de la gaine synoviale qui paraissent épaissies et vascularisées. Cette toilette de la plaie a pour but la désinfection du foyer purulent, elle pourra, ultérieurement, avoir encore un rôle favorable en empêchant peut-être la formation des adhérences entre les gaînes et les tendons.

Soins consécutifs. — Ils paraissent le complément indispensable du traitement. Kanavel y insiste particulièrement et les décrit longuement.

L'auteur ne s'est jamais servi de drains en caoutchouc de peur de favoriser la nécrose des tendons par le contact de ceux-ci. Craignant que la gaze ne forme tampon et ne nuise à l'écoulement du pus, il ne l'emploie qu'en cas d'hémorrhagie, cependant, si la plaie tend à se fermer trop vite, il y place une mèche.

Il emploie les pansements humides et chauds pendant le premier et le second jour, les compresses sont remplacées une fois ou deux par vingt-quatre heures ; elles sont imbibées d'une solution antisep-

tique faible. Ensuite l'auteur emploie les pansements secs.

M. Lecène n'emploie pas, non plus, le drainage par des tubes et emploie les pansements secs au bout de 48 heures, avec de la gaze simple imbibée de baume du Pérou, il pense que les résultats sont meilleurs en ne donnant pas de grands bains. Les mèches placées dans le trajet des incisions sont détachées à l'eau oxygénée chaude.

Nous avons vu M. Chifoliau drainer aussi à l'aide de mèches de gaze, cependant il place un drain de caoutchouc entouré de gaze au niveau de la commissure du pouce ; ce dernier a l'avantage de donner issue au pus qui se trouve dans le cul-de-sac rétro-tendineux — on peut profiter du drain pour laver le cul-de-sac pendant les jours consécutifs.

Une grande part du succès possible revient au soin avec lequel ces pansements sont faits et aussi à la position de la main et des doigts ; ils seront placés sur une attelle dorsale, l'avant-bras en flexion sur le bras. Quand la cicatrisation sera en bonne voie on pourra imprimer aux doigts de légers mouvements de flexion et d'extension. Dans ces conditions les vastes incisions se comblent rapidement, la cicatrisation a été complète en *trois semaines ou un mois*.

L'air chaud a paru favoriser la cicatrisation quand elle tardait à se faire, les attouchements à la teinture d'iode l'activent également.

Plus tard, le malade doit continuer à se faire fai-

re du massage. Ultérieurement l'électricité donne de bons résultats surtout dans les cas où il y a de la névrite légère qui disparaît rapidement.

Tous ces moyens améliorent progressivement les malades, surtout les gens jeunes. Les rhumatisants guérissent difficilement, un de nos malades qui effectuait de légers mouvements du carpe à la sortie de l'hôpital, ne les possède plus maintenant.

Telle est la méhode employée dont nous verrons plus loin les résultats, ceux-ci ont paru être assez favorables quand les incisions ont été faites *de bonne heure.*

Dans d'autres cas chez des malades et porteurs de phlegmons particulièrement graves, l'état général n'a pas cessé d'être inquiétant, la température élevée. Localement on a pu observer des signes d'arthrites du carpe qui ont imposé la résection et c'est ce qui nous a amené à étudier celle-ci.

CHAPITRE V

De la résection dans les arthrites du carpe consécutives aux suppurations des gaînes synoviales.

On observe malheureusement des arthrites du carpe à la suite de suppurations des gaînes synoviales de la main. Leur pathogénie se conçoit aisément, l'atteinte des articulations est favorisée par la disposition anatomique sur laquelle nous avons insisté plus haut.

Nous tenons à rappeler la gravité de ces complications articulaires et osseuses, elles ont été souvent signalées, en particulier dans les travaux de Bauchet, et de Chevalet, Schwartz en rapporte quatre cas dans sa thèse.

Dans les deux observations de Chevalet (thèse de Chevalet Obs. XXVIII-XXIX) les deux malades moururent ; les autopsies montrèrent la suppuration de l'articulation radio-carpienne, la destruction des cartilages, l'érosion des os. Les mêmes lésions exis-

taient au niveau des articulations radio-cubitale inférieure médio-carpienne et carpo-carpienne.

Des malades de Schwartz trois succombèrent à la septicémie. Dans la quatrième (Obs. XVII de la thèse de Schwartz) il s'agissait de lésions articulaires survenues trois mois après le début d'un phlegmon, la malade survécut avec fistulisation du carpe ce qui montre bien la gravité extrême de cette complication.

Malgré les pansements antiseptiques les arthrites et ostéites du carpe semblent plus fréquentes qu'on ne serait tenté de le croire, nous en relevons quatre cas dans nos observations.

Dans le premier (Obs. I) les complications articulaires sont survenues après un phlegmon de la gaîne cubitale. La suppuration fut traitée par une double incision anti-brachiale et palmaire, un drain fut passé sous ce ligament annulaire. C'est après un début insidieux dix jours après l'intervention que les complications articulaires apparurent soudainement.

Chez la malade de l'obs. n° XVIII à laquelle nous avons déjà fait allusion, la malade était entrée à Lariboisière deux mois après le début du phlegmon, porteuse de plusieurs fistules dorsales et palmaires.

Son observation peut être rapprochée de l'obs. de Schwartz citée plus haut, les complications articulaires apparurent peu à peu.

Les deux dernières observations sont celles de

malades où les accidents articulaires survinrent brusquement et firent craindre une issue fatale.

Dans ces deux cas (Obs. XVI et XVII), les gaînes avaient été incisées dans toute leur étendue, après section du ligament annulaire. Malgré cette intervention large et sans doute en raison d'une nappe purulente particulièrement développée et signalée durant l'opération, on observa l'apparition de complications.

Dans ces observations il est aisé de remarquer la recrudescence de tous les phénomènes généraux et en particulier de la température coïncidant avec l'atteinte des articulations.

Localement, nous avons observé : la douleur provoquée par la pression, par les mouvements de flexion et d'extension ainsi que l'augmentation du volume du poignet tous signes classiques sur lesquels nous n'insisterons pas.

Chez nos quatre malades l'amputation immédiate paraissait indiquée, or la résection leur a évité une mort probable car dans trois cas la septicémie était intense, la température présentait de grandes oscillations, dans l'obs. XVII elle atteignait à deux reprises plus de 40°.

Ce succès de l'ablation soit des os de la première rangée du carpe soit de ceux de la première et d'une partie de la seconde paraît surtout dû à *la large voie de drainage* qui se trouve ainsi établie par la face dorsale du poignet. Les collections purulentes situées en arrière des tendons se trouvent large-

ment draînées, par un drain postérieur, c'est ce qui explique la chute de la température et l'amélioration rapide.

Ce procédé nous paraît aussi logique que l'astragalestomie qui permet le draînage de la tibio tarsienne dans les suppurations du col de pied.

La résection concourt à un double drainage, celui l' avant-bras et celui de l'articulation elle-même car dans une articulation serrée comme celle du poignet l'arthromie ne saurait suffire.

Après résection, la température est tombée chez R. (Obs. XVII) de 39 à 37 et 37,5 le surlendemain.

Aussi M. Chifoliau se demande si dans les cas où la septicémie est particulièrement intense, où les fusées purulentes s'étendent de tous côtés il n'y aurait pas bénéfice à pratiquer de suite la résection sans attendre pour cela qu'il y ait nettement arthrite des os du carpe.

CHAPITRE VI

Résultats

Ceux-ci ont été variables et nous semblent assez difficiles à apprécier, on peut les diviser en *résultats immédiats* et *résultats définitfs*. Nous pensons que ces derniers peuvent être considérés comme tels ou presque, au bout de quelques mois alors que les différents moyens employés : massage, électricité, application de courants d'air chaud n'amènent plus aucun progrès sensible. Nous avons pu revoir la plupart des malades dont nous rapportons les observations, ces résultats fonctionnels nous ont paru les plus intéressants à relater.

A. — RÉSULTATS IMMÉDIATS

Dans leur appréciation il nous paraît nécessaire de tenir compte d'un certain nombre de facteurs qui influent sur le pronostic quelle que soit la méthode de traitement employée tels que :

1° L'état antérieur du malade.

2° L'intensité de la septicémie.

3° Le temps écoulé entre le début des accidents et l'entrée du malade à l'hôpital, ainsi que les interventions qui ont été faites auparavant.

Ainsi les antécédents alcooliques et hépatiques du malade de l'obs. XII expliquent aisément son décès rapide qui semble bien dû à l'atteinte du foie puisqu'il il y avait sédation des phénomènes locaux et généraux dans les jours qui ont précédé la mort.

Dans l'obs. XIX, également inédite, que M. Desmarest, chirurgien des Hôpitaux, a eu la bonté de bien vouloir nous remettre, il s'était passé *un mois* entre le début du panaris, qui ne fut pas incisé et l'entrée de la malade à l'hôpital.

Ce long intervalle explique sans doute l'intensité des accidents qui parut d'abord diminuer 6 jours après l'intervention puis enlevèrent la malade.

Kanavel dont nous citons l'observation (Obs. XXII) a perdu un opéré de septico-pyohémie à la suite d'une arthrite purulente du genou.

Ce qui montre que dans les cas de septicémie très grave, même ces grandes incisions — comme les autres moyens locaux — paraissent impuissantes à l'enrayer d'où l'importance du traitement général employé et, en particulier, des injections intra-veineuses d'électrargol ; celles-ci ont paru agir favorablement (Obs. XVII).

Dans d'autres cas, en particulier dans ceux où les

grandes incisions ont été *pratiquées de bonne heure* nous avons noté :

1° la chute de la température, elle est retombée au-dessous de 38, parfois dès le surlendemain, d'autres fois quatre ou cinq jours après.

2° L'amélioration nette de l'état général chez les malades très gravement frappés.

Localement, les effets immédiats des incisions avec section du ligament annulaire paraissent toujours avoir été bons, la rougeur et l'empâtement ont diminué.

Chez les deux malades de M. Chifoliau où la résection a été pratiquée à la suite d'incisions avec section du ligament annulaire, la température a persisté ensuite et les articulations du carpe ont été atteintes. Ajoutons que dans l'obs. XVI la complication articulaire eut sans doute été évitée si les incisions des gaînes dans toute leur étendue avaient été faites d'emblée.

Comme nous l'avons fait remarquer plus haut, l'état général de ces malades était extrêmement grave et l'amputation s'imposait.

En tous cas ces complications nous paraissent bien plus rares qu'avec l'ancien procédé, elles ne sont survenues que deux fois sur dix-sept cas alors que dans six cas opérés par Lecène *avec incision du ligament annulaire,* l'auteur fait remarquer qu'il y eut « *Quatre fois soit des fusées purulentes vers l'avant-bras nécessitant des contre-incisions multi-*

ples soit des ostéites du carpe, ayant nécessité deux fois l'amputation secondaire. »

RÉSULTATS TARDIFS

Sur dix-sept malades opérés soit par M. Lecène, soit par M. Chifoliau, nous avons eu la chance d'en revoir quatorze.

Sur ce total, sept malades de M. Lecène ont subi les incisions simples des gaînes avec section du ligament annulaire.

Cinq malades de M. Chifoliau ont été opérés de la même façon.

Enfin, les malades des observations XVI et XVII ont subi la résection après les incisions ; deux autres malades ont subi la résection, l'un après incision et passage d'un drain sous le ligament annulaire, l'autre après des incisions multiples faites en ville.

Aussi examinerons-nous :

a) Les résultats des incisions ;

b) Les résultats des résections.

Dans cette première catégorie, de dix malades revus, l'*aspect des cicatrices* est bon ; linéaire chez certains malades revus au bout d'un an (obs. X), de deux ans (obs. IX), elles paraissent aussi peu marquées que possible. Quelques malades présentent de légères saillies cicatricielles, dans un cas seulement nous avons remarqué une cicatrice assez profonde (obs. XV).

Le résultat fonctionnel paraît tout particulièrement favorable chez ceux où la suppuration est restée limitée à la gaîne radiale, c'est ainsi que chez T... (obs. IX) les troubles fonctionnels paraissent réduits au minimum au bout de six mois. Il existe des mouvements de flexion spontanés de la deuxième phalange sur la première, le poignet est solide ; on note seulement que la force de flexion, quoique bonne, est moindre que celle de la main opposée. Le malade a pu reprendre son métier de cordonnier. Sa réduction de capacité a été fixée à 6 %.

Cette observation est à rapprocher de celle de Kanavel (obs. XXIII) dont le résultat est le meilleur que l'auteur ait obtenu. Dans cette observation, le malade subit l'intervention *36 heures* après le début du phlegmon des gaînes.

Dans l'obs. XIV, où M. Lecène n'a incisé que la gaîne radiale, les résultats fonctionnels sont actuellement bons, mais non définitifs, puisque la malade a été opérée il y a quelques semaines seulement.

Chez les autres malades revus, la gaîne cubitale a été atteinte, soit primitivement, soit après la gaîne radiale, cette dernière éventualité fut la plus fréquente ; c'est dire que chez la plupart de nos malades il y avait suppuration des deux gaînes.

Ce sont les tendons de l'auriculaire qui ont presque constamment été atteints, nous notons, en effet, l'ankylose de l'auriculaire sur sept malades ; son attitude est celle de la flexion par suite de la rétraction du tendon fléchisseur, il ne peut être redressé.

Le pouce paraît avoir moins souffert de la suppuration de sa gaîne ; si dans la plupart des cas les mouvements *spontanés* de flexion de la 2e phalange sur la première sont perdus, le pouce est raidi en extension, ce qui l'empêche d'être gênant, et les autres mouvements sont faciles ; les mouvements d'opposition restent bons dans nombre de cas.

Quant à l'index, le médius et l'annulaire, ils sont frappés d'ankylose de façon très variable ; parfois indemnes, comme dans les observations citées plus haut ; souvent ils n'ont pas été touchés, alors que le pouce et l'auriculaire sont ankylosés plus ou moins. Dans l'obs. X, l'auriculaire avait été arraché et consécutivement il y avait eu double suppuration des gaînes, seul l'annulaire est actuellement un peu gêné : la flexion est bonne et le malade peut travailler, la réduction de capacité a été fixée ici à 12 % (*main droite*).

Chez T... (obs. IV, les 2, 3, 4 possèdent des mouvements de flexion et d'extension *complets*, deux ans après la suppuration des gaînes ; les mouvements d'opposition du pouce étant très bons, le malade a pu reprendre son ancienne profession de téléphoniste.

Dans d'autres cas, ces doigts souffrent d'ankyloses plus prononcées ; ce sont surtout les malades déjà soignés en ville et opérés tardivement.

Nous avons aussi étudié les mouvements du poignet chez ces malades, presque tous possèdent des mouvements de flexion et d'extension étendus qu'ils

paraissent exécuter sans aucune gêne, même ceux qui souffrent d'ankylose des doigts.

La section du ligament annulaire n'a pas nui à la solidité du poignet, elle reste intacte chez presque tous. Aussi la suture du ligament annulaire préconisée par Helferich paraît-elle inutile.

Dans un cas seulement, chez un rhumatisant (obs. XV), il y a eu ankylose complète du poignet, encore faut-il remarquer que ce malade, pendant l'évolution de l'affection, avait présenté de la douleur au niveau du poignet et des craquements.

Nous tenons à attirer l'attention sur ce fait que *dans aucun cas* il n'est survenu de névrite du médius, pas un des malades que nous avons revus ne se plaint de douleurs et chez tous la sensibilité tactile est intacte. Cette constatation nous paraît importante en faveur de l'intervention large.

b) *Résultat des résections.* — Ces résultats tardifs sont évidemment peu favorables au point de vue fonctionnel. Cependant, R... (obs. XVII), opéré après incision large des gaînes, en janvier 1912, possède actuellement des mouvements d'extension et de flexion du poignet, les doigts 2, 3, 4 peuvent être légèrement fléchis ; ce malade commence à pouvoir écrire. Nous croyons que cet homme pourra encore bénéficeir du traitement par les massages et l'électricité.

Chez les autres malades, la main possède peu de mouvements, mais sa conservation paraît préférable

à l'amputation et à la pose d'un appareil prothétique quel qu'il soit.

Tels sont les résultats obtenus. Quelques-uns surtout nous ont paru favorables.

Nous avons cherché de tous côtés pour trouver des résultats fonctionnels tardifs dus à d'autres méthodes. Nos recherches, dans les compagnies d'assurance ou ailleurs, ont été vaines, il eut cependant été intéressant de comparer les résultats fonctionnels que nous relatons avec un certain nombre d'autres.

A l'étranger, Forsell a donné deux statistiques très complètes, l'une portant sur 29, l'autre sur 60 malades. Dans la seconde série, où 30 cas sont personnels à l'auteur, le ligament a toujours été sectionné quand la gaine cubitale était atteinte, sauf dans quelques cas. Le ligament a été respecté quand il y avait suppuration *isolée* de la gaine radiale.

Dans la première statistique, le ligament annulaire n'a, au contraire, pas été coupé.

Voici les chiffres que donne l'auteur :

Dans la statistique I, sur 29 cas, dans lesquels le ligament annulaire fut toujours respecté, le résultat final fut :

Un décès,

Quatre amputés,

Quatorze résultats fonctionnnels mauvais,

Neuf bons résultats fonctionnels,

Un résultat inconnu.

Dans la statistique II (section du ligament annulaire du côté cubital), le résultat se répartit ainsi :

Cinq décès. Je fais remarquer que dans un cas le ligament annulaire ne fut pas sectionné, que dans deux cas l'observation ne le mentionne pas.

Un amputé,

Seize résultats fonctionnels mauvais,

Trente-trois bons résultats fonctionnels,

Cinq résultats inconnus.

On voit, d'après ces statistiques, que dans la deuxième série les bons résultats fonctionnels, sur un même chiffre, sont plus nombreux que dans la première ; il s'agissait, pour la grosse majorité, de suppuration des deux gaînes, il n'y eut que quatre fois seulement atteinte isolée de la gaîne radiale. D'après ces chiffres et en nous plaçant surtout au point de vue des résultats fonctionnels, il nous semble que les incisions avec section du ligament annulaire peuvent être pratiquées avec profit. Il ne sera possible de juger la méthode définitivement que quand de nombreuses suppurations des gaînes auront été traitées, en France, par ce procédé.

Observations

OBSERVATION I (*Inédite*)

(Service du Dr Reynier)

Phlegmon de la gaîne cubitale. Double incision et passage d'un drain sous le ligament annulaire antérieur. Arthrite du carpe. Résection,

Le nommé B..., (Joseph), charcutier, âgé de 38 ans, est soigné par M. Chifoliau pour un phlegmon de la main gauche survenu à la suite d'une blessure de l'auriculaire. La gaîne cubitale paraît nettement atteinte, aussi, le 7 juin, M. Chifoliau pratique deux incisions, l'une palmaire, l'autre antibrachale ; un drain est passé sous le ligament annulaire réunissant les deux incisions.

Après cette première intervention, la douleur diminue, la température tombe et tout va bien pendant 10 jours. Le 11 juin, la température augmente brusquement en même temps qu'apparaissent des phénomènes généraux graves. Toute la main est le siège d'une douleur diffuse, mais la palpation faite au niveau des articulations du carpe révèle une douleur exquise ; en mobilisant le poi-

gnet on obtient quelques craquements articulaires. Devant ces symptômes d'arthrite purulente du carpe, M. Chifoliau intervient d'urgence ; par une incision dorsale, il pratique la résecton des os de la première rangée du carpe.

Après drainage par la face dorsale du poignet, l'état général du malade s'améliore vite, et, au bout d'un mois, il peut sortir de l'hôpital.

Revu le malade le 13 juin 1912.

La main est violette et froide, il existe de l'atrophie des muscles de l'avant bras. Le pouce, complètement ankylosé, ne peut être ni apposé, ni fléchi, toutefois les mouvements d'adduction sont conservés.

La dernière phalange de l'auriculaire est recourbée en crochet et inextensible.

Le médius ne peut être ni étendu ni fléchi.

L'index possède des mouvements de flexion de faible amplitude.

Sensibilité. — L'index, le médius, l'auriculaire sont insensibles à la piqûre.

La sensibilité du pouce et de l'auriculaire est conservée.

La réduction de capacité a été fixée à 50 %.

OBSERVATION II

(Due à l'obligeance du Dr Lecène, publiée dans le *Journal de Chirurgie* 1911)

Suppuration de la gaîne du long fléchisseur du pouce

Mme P... entre à Bichat, dans le service du Dr Hartmann, en 1909.

La malade présente un panaris du pouce droit, mal soigné depuis 5 jours, on a fait deux incisions sur la pulpe

de la première phalange par lesquelles il sort un peu de pus.

L'éminence thénar est gonflée, douloureuse ; il existe de la douleur au niveau de la face antérieure de l'avant-bras, au-dessus du ligament annulaire du carpe, en dedans. Les autres doigts ne sont pas douloureux et les mouvements se font bien. T. 37. 5.

Intervention. — Le 27 août 1909, sous chloroforme, après mise en place de la bande d'Esmarch, M. Lecène fait une longue incision commençant au niveau de la première phalange du pouce et remontant jusqu'à deux travers de doigt au-dessus du ligament annulaire du carpe.

Section du ligament annulaire. — Mise à nu du médian, puis ouverture de la gaîne du pouce qui contient du pus sur toute sa longueur.

Pansement à plat.

Cicatrisation presque complète quand la malade sort le 18 mai.

Juin 1912. — Nous n'avons pu retrouver cette malade.

OBSERVATION III (*Inédite*)

(Due à l'obligeance de M. Lecène)

Suppuration et incision des gaînes radiale et cubitale

H... (Amable), peintre, 43 ans, entre le 14 janvier 1910 à Bichat dans le service du professeur Hartmann.

Le malade, 15 jours avant son entrée à l'hôpital, s'est

piqué à la face palmaire de la deuxième phalange du pouce de la main gauche avec une aiguille. Le soir déjà, le malade sentait un petit noyau induré autour de sa piqûre, le lendemain, il ressentait de vives douleurs. Un médecin fait mettre des pansements humides malgré lesquels le malade continue à souffrir. Le 9 janvier, l'œdème du pouce augmentant, le médecin fait une incision sur la face palmaire ; à la suite, le malade, pris d'un malaise subit, tomba sur le pouce malade.

Dans la nuit qui suivit cette chute, le malade sent son bras enflé jusqu'au coude, les douleurs persistent aussi vives.

Au moment de l'entrée à l'hôpital, l'inspection montre une incision de deux centimètres faite sur la face palmaire de la deuxième phalange du pouce.

Il existe une rougeur diffuse sur la face antérieure de l'avant-bras ; la partie inférieure de l'avant-bras est œdématiée, à la face dorsale de la main et de l'avant-bras, on remarque un œdème considérable de teinte rosée.

Les doigts sont immobiles, les mouvements spontanés impossibles, les mouvements de flexion provoqués sont possibles sans trop de douleur, l'extension provoque une souffrance atroce. On ne sent pas de fluctuation.

Opération. — Bande d'Esmarch ; anesthésie générale au chloroforme.

M. Lecène fait une incision médiane antibrachiale jusqu'au milieu de la paume de la main. Section du ligament annulaire antérieur du carpe. Aussitôt apparaît la gaîne des fléchisseurs gonflée et de teinte verdâtre, une ponction au bistouri fait sourdre du pus sous pression.

Le médian est reconnu et refoulé en dehors avec ses filets thénariens.

L'incision est prolongée jusqu'au bout de la gaîne du pouce à l'extrémité de laquelle il n'y a que de la synovite plastique.

L'incision médiane est prolongée vers le médius après section entre deux ligatures de l'arcade palmaire superficielle.

On trouve du pus dans la gaîne des fléchisseurs au milieu de la main, puis tout le long de la gaîne du petit doigt, cette gaîne est ouverte jusqu'à l'extrémité du doigt.

Hémostase. Ablation de la bande d'Esmarch, puis tamponnement de la grande surface cruentée laissée par cette vaste incision.

L'examen du pus, pratiqué, a démontré qu'il s'agissait de streptoccoque.

A la suite de l'intervention, la température qui était de 40° 4 le jour même, tombait le lendemain matin à 38° 9. Le 20, trois jours après, par conséquent, elle descendait au-dessous de 38.

Malade sorti de l'hôpital le 8 février 1910.

Revu le malade le 10 juin 1912.

Pouce en extension. Les mouvements d'opposition du pouce aux autres doigts sont bons. Il n'existe pas de mouvement de flexion spontané de la deuxième phalange du pouce sur la première.

Le petit doigt est recourbé en crochet : les 2e et 3e phalanges sont fléchies à angle aigu sur la première.

Les 2e et 3e phalanges de l'annulaire sont fléchies presque à angle droit sur la première.

Les mouvements d'extension de l'index sont complets.

Le médius est légèrement fléchi.

Les mouvements de flexion de ces deux doigts sont bons.

Pas de troubles de la sensibilité.

OBSERVATION IV (*Inédite*)

(due à l'obligeance de M. Lecène)

Suppuration et incision des gaînes radiales et cubitales

T... Victor, âgé de 32 ans, gardien de bureau, entré le 1er février 1910, salle Jarjavay, dans le service du professeur Hartmann.

Le dimanche 23 janvier, le malade est tombé sur une bouteille sale qu'il cassa dans sa chute. Il se fit une coupure sur la face antérieure de l'avant-bras gauche, un peu au-dessus du poignet. Il alla chez un médecin qui le pansa après lui avoir fait un point de suture. Il continue à saigner abondamment et demande conseil à un pharmacien qui l'engage à venir à Bichat. On constate que la plaie saignait beaucoup et que des artérioles donnaient en jet. On fait la ligature de ces artérioles et un pansement compressif. Le malade reste à Bichat jusqu'au lundi après-midi. Il revient se faire panser mercredi matin et on lui fit à ce moment deux points de suture.

Le surlendemain, vendredi, le malade commence à souffrir et à avoir de la fièvre, mais on ne constate pas encore de suppuration. Le malade continue à souffrir beaucoup et revient le dimanche. On constate alors que la plaie suppure et que l'avant-bras est tuméfié. On lui fait prendre un bain de bras qui le soulage.

Mais le lundi à partir de 4 heures du matin, le malade recommence à souffrir beaucoup, il revient lundi et mardi prendre un bain de bras. La plaie suppure de plus en plus, la douleur et la fièvre continuent également.

Le 2 février, le malade a eu moins de fièvre, le pouls est à 92. Mais la douleur persiste aiguë dans toute la face postérieure de l'avant-bras au-dessus du pli de flexion de la main. Les doigts sont engourdis.

Inspection. — Plaie suppurante située à la partie supérieure de l'avant-bras, au-dessus du pli de flexion de la main. Les bords de la plaie sont rouges et l'avant-bras est douloureux à la pression sur la ligne médiane. La paume de la main est douloureuse au niveau du creux palmaire. Le pouce n'est pas douloureux.

Les mouvements des 2e, 3e, 4e doigts sont douloureux, mais on peut arriver à les étendre complètement. Au contraire, le 5e doigt est fléchi et son extension est impossible sans vives douleurs. Tout le trajet de la gaîne du 5e doigt est très douloureux.

Opération le 2 février.

Chloroforme, bande d'Esmarch.

M. Lecène fait une incision médiane jusqu'au milieu de la paume de la main. Incision poussée à fond jusqu'après division complète du ligament anulaire antérieur du carpe. On voit alors la gaîne des tendons fléchisseurs sous saillie. Cette gaîne ne paraît pas trop malade extérieurement, on l'incise et il en sort du pus verdâtre en petite quantité. **Lorsqu'on soulève les tendons, un flot de pus s'échappe de la profondeur**. On dégage complètement les tendons et on éponge le pus. On voit alors du pus sourdre de la gaîne du 5e. On prolonge l'incision sur le 5e doigt, après section entre deux ligatures de l'arcade palmaire superficielle. On ouvre ainsi jusqu'au haut la gaîne du 5e qui est en totalité injectée de pus. Les autres gaînes propres du 2e, 3e, 4e et du fléchisseur du pouce paraissent intactes et sont respectées.

Tamponnement à plat de la plaie. Pansement sec.

Examen du pus. — Streptocoque pur.

Suites opératoires. — Le température tombe, en trois jours, de 39 à 37° 5.

Le malade sort le 15 février.

Revu le malade le 10 juin 1912 :

Le petit doigt est recourbé en crochet ; les mouvements de l'index, du médius et de l'annulaire sont excellents : la flexion et l'extension sont complètes.

Au pouce, la flexion de la deuxième phalange sur la première est impossible. Les mouvements d'opposition sont très faciles.

Le poignet fonctionne normalement.

Le malade n'éprouve aucune gêne dans son travail.

La sensibilité de la main est normale.

OBSERVATION V (*Inédite*)

(Due à l'obligeance de M. Lecène)

Suppuration et incision des gaînes radiale et cubitale

Mme R..., 42 ans, entre le 20 mars 1910 dans le service du professeur Hartmann.

Le lundi, 14 mars, la malade se pique avec une écharde au niveau de la dernière phalange du pouce. Le lendemain, la malade s'aperçoit que l'éminence thenar correspondante au pouce blessé est tuméfiée, derrière un petit débris de bois que l'on enlève, il existe une goutte de pus.

Le lendemain, tous les doigts sont douloureux et commencent à enfler ; depuis ce moment, la tuméfaction a

augmenté progressivement ; les mouvements des doigts deviennent de plus en plus pénibles, ils se placent en demi-flexion et la malade ne peut les étendre. Les pansements au sublimé et les bains sulfureux prescrits par le médecin n'amenèrent aucune amélioration ; l'état va en s'aggravant jusqu'au 20 mars, jour de son admission.

Examen. — La main est rétractée dans son ensemble et tuméfiée ; la tuméfaction remonte jusqu'au niveau de l'avant-bras.

Le pouce est en adduction et en légère flexion. Les autres doigts sont à demi-fléchis, la main en rectitude sur l'avant-bras. Le tiers inférieur de l'avant-bras a une forme cylindrique et se retrouve séparé de la main au niveau du pli de flexion par un sillon très apparent.

Spontanément la malade remue les doigts mais, tandis que les mouvements de flexion sont sensibles, les mouvements d'extension sont à peine marqués, et si l'on essaie de les provoquer, on détermine aussitôt une douleur vive.

La pression méthodique de bas en haut détermine une très légère sensibilité au niveau du pouce lésé et du cinquième métacarpien ainsi qu'au niveau des autres doigts.

On note aussi de la douleur au niveau du petit doigt et du cinquième métacarpien ; elle est moins vive au niveau du pli articulaire, mais reparaît plus haut au niveau d'une région rouge œdématiée et nettement fluctuante du côté cubital.

L'œdème se propage sur le dos de la main sans douleur ni fluctuation véritable,

Intervention. — 20 mars 1910. — Anesthésie au chloroforme. Bande d'Esmarch.

Longue incision antibrachiale et palmaire. Section du ligament antérieur du carpe. On relève le médius vers le pouce ; on lie l'arcade palmaire superficielle.

Incision de la gaîne des fléchisseurs au niveau du poignet, il sort du pus ; de même au niveau de la gaîne du

pouce. M. Lecène incise de bout en bout la gaîne du petit doigt qui contient du pus dans toute sa longueur. En décolant le paquet des fléchisseurs, **on trouve du pus en arrière sur la face antérieure du carré pronateur.**

Pansement sec à plat.

Après intervention, la température qui était de 39° 2, tombe, trois jours après à 37° 6, et ne dépasse ensuite 38° qu'un seul soir.

La malade sort de l'hôpital en bonne voie de cicatrisation.

Revu la malade le 10 juin. Elle se plaint de douleurs intermittentes au niveau du poignet, parfois d'un peu d'œdème sur le bord cubital de l'avant-bras.

Le petit doigt est complètement fléchi en crochet ; le pouce est en demi-flexion ; ne peut être fléchi, mais peut se porter en adduction vers l'index.

Il n'existe plus de mouvement d'opposition ; l'annulaire est légèrement fléchi ; l'index et le médius possèdent des mouvements d'extension presque complets.

Mais les mouvements de flexion sont très limités. Aucun trouble de sensibilité.

OBSERVATION VI (*Inédite*)

(Due à l'obligeance de M. Lecène)

Suppuration et incision des gaînes radiale et cubitale

Mme L..., entrée le 20 mars 1911, salle Chassaignac, dans le service du professeur Hartmann.

Elle s'est fait, le lundi 14 mars, une écorchure au niveau du pouce de la main droite. Depuis trois jours elle

va à la clinique du Dr Rotschild se faire panser : pansements humides. Depuis deux jours les douleurs sont intolérables empêchant le sommeil, il y a de la fièvre et des frissons. Température à 40°, le pouls à 90 ; la malade est diabétique.

Inspection : Main droite gonflée, déformée en battoir. Les doigts sont fléchis et il est impossible de les étendre sans provoquer de vives douleurs.

Œdème dorsal considérable. Douleur vive au creux palmaire et au-dessus du ligament annulaire du carpe. Œdème de l'avant-bras et traînées de lymphacegite. L'articulation radiocarpienne est indolente à la pression.

Diagnostic : Phlegmon total des gaînes des fléchisseurs. Opération, 20 mars 1911.

Chloroforme. Bande d'Esmark.

M. Lecène fait une première incision antibrachiale et palmaire jusqu'au niveau de l'espace interdigital séparant les 3e et 4e doigts.

Découverte du médian. Section du ligament annulaire antérieure du carpe. Ligature de l'arcade palmaire superficielle.

On trouve du pus dans : 1° la gaine commune des fléchisseurs ; 2° le recessus retro-tendineux jusqu'au tiers inférieur de l'avant-bras.

Deuxième incision jusqu'à l'extrémité du 5e doigt. La gaine est pleine de pus.

Troisième incision perpendiculaire à la première jusqu'à l'extrémité du pouce, la gaîne est également remplie de pus.

Pansement à plat à la gaze sèche.

Suites opératoires immédiates. La température tombe de 39.4 à 37 en cinq jours.

Sortie le 24 avril.

Malade revue le 10 juin 1912.

Petit doigt complètement recourbé sur son métacarpien.

Le pouce est légèrement douloureux et sa flexion est impossible. Les mouvements d'opposition du pouce aux autres doigts sont bons. Index, médius et annulaire, normaux. Les mouvements du poignet s'effectuent facilement. Pas de troubles de la sensibilité.

OBSERVATION VII (*Inédite*)

(due à l'obligeance de M. Lecène)

Suppuration et incision des gaînes radiale et cubitale

M... Henri, âgé de 43 ans, entré le 18 novembre 1909 dans le service du professeur Hartmann.

Le malade entre à l'hôpital pour enflure douloureuse de la main et de l'avant-bras gauche.

Lundi, 15 novembre, le malade s'est piqué et depuis il a vu sa main enfler progressivement et l'enflure s'étendre à l'avant-bras.

Examen actuel. — Inspection : La main est en flexion, les doigts écartés et tuméfiés d'une façon générale. Cette tuméfacuion est surtout très nette pour le pouce qui est beaucoup plus fléchi. Il est de couleur rosée et sur la face dorsale présente une petite zone de peau blanchâtre. La coloration prend une teinte plus foncée sur le tiers inférieur de l'avant-bras qui est lie de vin. Sur la face dorsale du métacarpe au-dessus de la base de l'index une petite ulcération. Le petit doigt est enveloppé d'une phlyctène sanglante en doigt de gant.

Palpation : Le pouce qui est en flexion ne peut être mis

en extension sans déterminer une vive douleur. L'extension passive est assez facile pour les autres doigts et n'est pas très douloureuse.

Au niveau de l'avant-bras, les téguments sont tendus et la flexion du doigt marque une empreinte blanche qui disparaît aussitôt. Elévation de température à ce niveau ainsi qu'au niveau du pouce.

Etat général : Léger état saburral. Température, 40°4.

Le malade présente de l'insomnie depuis deux jours.

Opération, le 19 novembre, par M. Lecène. Chloroforme, bande d'Esmarch.

Incision sur toute la longueur des gaines. Section du ligament annulaire antérieur du carpe. Dissection du médian. On trouve du pus dans toutes les gaines radiale, cubitale et moyenne de la paume de la main, dans le prolongement antibrachial. Section de l'aponevrose palmaire superficielle entre deux ligatures. Mise à nu et à plat de tous les trajets. Eau oxygénée, pansement humide.

Suites immédiates. — Chute de température en lysis de 39 à 37 en huit jours.

Sort le 25 décembre.

Le malade n'a pu être retrouvé en 1912.

OBSERVATION VIII (*Inédite*)

(due à l'obligeance de M. Lecène)

Suppuration et incision des gaines radiale et cubitale

Mme L..., 55 ans, concierge, entrée le 17 novembre 1911, salle Chassaignac, dans le service du professeur Hartmann.

Le lundi, 13 novembre, la malade se fit au pouce droit une entaille assez profonde avec de la paille de fer. Le

jour même elle va à la consultation de Bichat, où on lui fait une suture cutanée.

Le mardi 14, ressentant des douleurs très violentes dans le pouce, elle revient à l'hôpital où on lui enlève ses fils.

Les jours suivants elle continue à souffrir et sa main devient très enflée. On lui donne des bains de bras.

Le 17 novembre elle entre à l'hôpital.

Inspection : On est tout d'abord frappé par l'attitude des doigts en demi-flexion et le gonflement de la main surtout tuméfiée au niveau de la région dorsale. La main est rouge, mais cette rougeur n'est pas très accentuée. Au niveau de la face palmaire du pouce, on voit au-dessus de l'articulation phalango-phalanginienne une plaie transversale d'aspect infecté.

Palpation : Révèle de la douleur à la pression de la face palmaire de la première phalange du pouce et une douleur plus exquise à la face antérieure de l'avant-bras au-dessus du ligament annulaire antérieur du carpe. La pression du creux de la main et de la grande synoviale de la paume n'est pas très douloureuse.

Lorsqu'on essaie de redresser les doigts fléchis et en particulier le 5e, on provoque une vive douleur. Le malade ne peut effectuer cette extension spontanément.

On ne trouve d'adénopathie, ni dans le creux axillaire, ni au-dessus de l'épitrochlée.

Etat général : La malade semble fatiguée.

Opération le 18 novembre.

Bande d'Esmarch. Chloroforme.

M. Lecène fait une incision antibrachio-palmaire divisant le ligament annulaire antérieur du carpe. La gaîne commune est pleine de pus crémeux. Section entre ligatures de l'arcade palmaire superficielle. Fusées retro et intertendineuses. Fusée dans la gaîne du 5e.

Pansement à plat à la gaze aseptique.

Suites immédiates : Chute de température en lysis. De 40° le jour de l'intervention, elle tombe à 38° le 6e jour.

Sortie le 10 décembre.

Revu la malade le 10 juin 1912.

Bon aspect des cicatrices ; petit doigt en demi-flexion ne peut être redressé ; pouce en extension, la 2e phalange ne peut être fléchie spontanément sur la 1re, s'opposant facilement à l'index ; la flexion des autres doigts est incomplète ; l'extension est bonne ; les mouvements du poignet sont normaux. Aucun trouble de la sensibilité.

OBSERVATION IX (*Inédite*)

(due à l'obligeance de M. Lecène)

Suppuration et incision de la gaîne radiale seule

M. T... François, 34 ans, cordonnier. Entré le 21 novembre 1911 dans le service du professeur Hartmann.

Le 19 novembre, le malade se pique avec une pointe le pouce gauche en travaillant, au niveau du pli cutané correspondant à l'articulation des deux premières phalanges du pouce. La pointe traversa l'épaisseur des téguments et le malade la retira aussitôt.

Le 20 novembre, dans la nuit, le malade fut brusquement réveillé par une douleur lancinante au pouce gauche, douleur qui continua toute la nuit. Pas de frissons dans la soirée ; la douleur est vive et le pouce augmente

de volume, la main enfle à son tour, les doigts conservent leurs mouvements.

Examen. — La main, le pouce et le poignet gauches sont augmentés de volume. On remarque sur le pouce une petite ulcération due à la pointe. Le pouce est douloureux et la température locale augmentée.

Il existe de légers mouvements des doigts, le pouce est complètement impotent, les mouvements de la main sur l'avant-bras sont impossibles.

Intervention, le 21 novembre.

Anesthésie à l'éther avec appareil d'Ombredanne. Bande d'Esmarch.

M. Lecène pratique une incision antibrachiale, sectionne le ligament annulaire du carpe. Ouverture de la gaîne du fléchisseur propre du pouce qui contient du pus, la gaîne est incisée tout du long.

Pansement à plat.

La température tombe de 38,8 à 37, remonte au-dessus de 38 le lendemain ; elle est de 37,6 le 26 et ne remonte plus.

Cicatrisation rapide.

Malade revu le 10 juin 1912.

Cicatrice très peu marquée. Les mouvements du pouce s'effectuent facilement, le malade peut fléchir la seconde phalange sur la première. Les mouvements d'opposition du pouce sont possibles quoique légèrement gênés. Le malade étend et plie facilement son poignet. Il n'existe aucun trouble de la sensibilité. Le malade exerce son métier de cordonnier comme par le passé.La réduction de capacité a été estimée à 6 %.

OBSERVATION X (*Inédite*)

(Service du Dr Reynier)

Arrachement du petit doigt. Suppuration et incision des gaînes cubitale et radiale.

M... Aug., 37 ans, déménageur. Entré le 8 mai 1911 à l'hôpital Lariboisière.

Sorti le 6 juin 1911.

Le 5 mai, arrachement de l'auriculaire droit et à la suite, désarticulation en ville de l'extrémité de la première phalange. A la suite, vives douleurs, gonflement rapide de la main puis de l'avant-bras.

T. 40°. Dès l'entrée du malade à l'hôpital on enlève les points de suture faits en ville.

Le 13 mai, M. Chifoliau fait une incision palmaire qui va de l'extrémité du 5e métacarpien à 0.03 au-dessus du pli de flexion du poignet.

La gaîne radiale étant également atteinte, est incisée et draînée.

T à grandes oscillations qui tombe à 38° quatre jours après l'intervention.

Revu le malade le 7 juin 1912.

Les cicatrices sont peu apparentes, il existe une certaine rétraction des tendons fléchisseurs de l'auriculaire qui empêche son extension complète, les mouvements de flexion et d'extension des autres doigts sont aisés, mais la flexion n'est pas absolument complète.

Les mouvements d'opposition du pouce sont faciles avec l'index, difficiles avec les autres doigts.

Le poignet s'étend ou se fléchit facilement, ses mouvements sont d'étendue normale.

L'état de la main et surtout la perte de l'auriculaire ont empêché le malade de reprendre son ancien métier de déménageur, il effectue aisément des travaux moins pénibles.

La réduction de capacité a été évaluée à 12 %.

OBSERVATION XI (*Inédite*)

(Service du Dr Reynier)

Suppuration et incision des gaînes radiale et cubitale

B... Rosalie, 21 ans, domestique. Entrée à Lariboisière le 8 mai 1911. Sortie le 22 juin.

La malade vient à l'hôpital à la suite d'un panaris du pouce, il existe de la lymphangite sur la face dorsale de la main et sur le poignet.

M. Reynier fait une première incision le long du bord interne de l'éminence thenar et y place un drain. Cette intervention n'est suivie d'aucune amélioraton, la lymphangite a augmenté ; il existe de la douleur très marquée le long du fléchisseur propre du pouce. Les doigts sont recourbés en crochet.

Adémopathies axillaire et épitrochléenne.

Le 13 mai, M. Chifoliau devant l'évidence d'un phlegmon des gaînes ouvre la gaîne cubitale sur toute son étendue.

L'incision déjà faite sur l'éminence thenar est prolongée

au poignet après section du tégument annulaire. Draînage par mèches. Drain dans la commissure.

Pansements humides, jusqu'en juin les doigts sont toujours fléchis, aussi le 2 juin on pratique le redressement du poignet sous anesthésie générale.

Le 14 on supprime complètement les drains. Au moment de la sortie de l'hôpital les incisions étaient cicatrisées presque complètement.

Revu la malade le 7 juin 1912.

Le pouce est en demi opposition, la deuxième phalange placée à angle droit sur la première, le pouce est encore mobile sauf la 2e phalange. Les autres doigts sont recourbés en crochet, la flexion est particulièrement marquée au niveau de l'auriculaire dont les deux dernières phalanges sont fléchies à angle droit sur la première.

Il existe des mouvements de flexion et d'extension des doigts très limités.

Le poignet possède des mouvements de flexion faciles, l'extension ne se fait pas au-delà du prolongement de l'avant-bras.

OBSERVATION XII

(Personnelle. Service du Dr Reynier)

Suppuration et incision des gaînes radiale et cubitale. Mort

S... Jacques, 43 ans.

Entré le 22 avril, salle A. Paré, à l'hôpital Lariboisière. Décédé le 26 avril 1912.

Le malade entre à l'hôpital pour un phlegmon survenu cinq jours après une plaie pénétrante de l'extrémité du pouce droit, une petite incision a été faite en ville.

S... est alcoolique, l'examen révèle un ventre ballonné. Foie petit. Les urines sont rares et foncées, ni sucre, ni albumine. La température est de 39. Il existe déjà un léger subictère.

Localement, on note un œdème considérable de la face dorsale de la main, sur la face palmaire on réveille une douleur vive le long de la gaîne du fléchisseur propre du pouce, on ne perçoit pas de fluctuation profonde.

M. Chifoliau ouvre complètement la gaîne du fléchisseur propre du pouce qui contient du pus mal lié. La gaîne cubitale est incisée à son tour.

On draine la loge retro tendineuse. La température tombe dans la nuit de 39° à 38°. L'amélioration nette pendant 48 heures. Le troisième jour l'état général s'aggrave, le malade est prostré, le pouls est petit et rapide, les urines deviennent rares. Le quatrième jour apparaît de l'ictère avec coloration assez marquée des téguments et des conjonctives, le foie est douloureux. Il n'existe pas d'hémorragies cutanées.

Mort le septième jour après l'intervention, sans réascension nouvelle de la température qui est de 38°.

OBSERVATION XIII (*Inédite*)

(Due à l'obligeance de M. Lecène)

Suppuration et incision de la gaîne cubitale

L... Félicie, âgée de 19 ans. Entrée le 5 mars 1912, salle Chassaignac dans le service du professeur Hartmann.

Il y a cinq jours, le 29 février 1912, elle se blesse avec

une hachette au petit doigt de la main gauche. Cette plaie verticale, linéaire a détaché presque complètement la dernière phalange. Pansement à la consultation. Teinture d'iode.

Le lendemain la malade revient, la plaie semble se rouvrir.

Le dimanche 3 mars, douleurs vives dans le petit doigt et la paume de la main.

Le lundi 4 mars, elle vient à la consultation pour montrer sa main. Le 5e doigt est en flexion très douloureux, douleur au creux palmaire et à l'avant-bras au-dessus du ligament annulaire antérieur du carpe.

Opération le 5 mars.

Chloroforme. Bande d'Esmarch.

M. Lecène pratique une incision antibrachio-palmaire. Il ouvre la gaîne du fléchisseur qui est pleine de pus, qui se prolonge en haut vers l'avant-bras dans l'espace retro-tendineux de la gaîne.

Désarticulation de la phalangette en conservant un lambeau palmaire.

Suites immédiates : La température tombe en trois jours de 39.4 au-dessous de 38. Sortie le 15 mars.

En 1912, la malade a quitté Paris.

OBSERVATION XIV (*Inédite*)

(Due à l'obligeance de M. Lecène)

Suppuration et incision de la gaîne radiale seule

Mme L..., 45, rue de la Chapelle, âgée de 42 ans. Entrée le 26 mai 1912 dans le service du professeur Hartmann.

La malade entre à l'hôpital pour une tuméfaction douloureuse au pouce gauche et de la région thénarienne.

Le 14 mai, la malade se coupa dans le pli séparant les deux phalanges du pouce. Le lendemain, il existe des élancements douloureux, la malade ne peut plier le pouce, elle prend des bains chauds.

Examen : La malade ne se plaint plus d'élancements, mais sent que son pouce est ankylosé, elle ne peut le plier.

Le pouce et toute la région thénarienne sont augmentés de volume. Le pouce et la région avoisinante sont de coloration rouge.

La palpation provoque une douleur, peu intense d'ailleurs, au niveau de la face palmaire du pouce principalement au niveau de la première phalange. Le reste de la tuméfaction est dure, cette dureté s'étend même à la région du poignet, mais cette partie n'est pas douloureuse.

Pas de ganglions axillaires.

Opération. Chloroforme. Bande d'Esmarch.

M. Lecène pratique une incision antibrachiale, coupe le ligament annulaire antérieur du carpe. Il existe du pus dans cette gaîne.

Pas de pus dans les autres gaînes.

Revu la malade le 10 juin 1912.

Cicatrisation presque terminée. Les mouvements d'opposition du pouce sont bons et le résultat fonctionnel paraît aller en s'améliorant.

OBSERVATION XV

(Personnelle. Service du Dr Reynier)

Suppuration et incision des gaînes radiale et cubitale

F... Jean, 52 ans, garçon de magasin. Entré à Lariboisière, salle A. Paré, le 29 janvier 1912.

Le début des accidents est survenu à la suite d'une piqûre au niveau de l'articulation phalango-phalanginienne du pouce droit.

Dans la nuit du 24 au 25, surviennent de vives douleurs accompagnées bientôt de nausées et de vomissements, le matin la main est notablement augmentée de volume.

Le 25, un médecin prescrit de grands bains d'eau bouillie. Le malade continue ce traitement jusqu'au 29.

Le 29, état général mauvais, température 49.4, l'examen des urines ne révèle ni sucre ni albumine. Dès l'entrée du malade, M. Chifoliau pratique l'incision des gaînes radiale et cubitale suivant toute leur longueur.

Avant d'arriver au ligament annulaire, on remarque qu'il existe du pus infiltré entre la peau et les gaînes. Le ligament annulaire antérieur est sectionné, les tendons fléchisseurs sont mis à nu, un drain entouré de gaze passe sous eux allant transversalement de la commissure du pouce au bord cubital de la main, ce drain est laissé à demeure.

Bains tièdes quotidiens.

1er février. — Le soir, l'œdème de la face dorsale de la main est considérable.

2 février. — Incision dorsale de 0.08 par lequel s'écoule le contenu d'une fusée purulente. A la suite de cette in-

cision, la température devient moins élevée et présente des oscillations pendant quelques jours.

20 février. — Amélioration sensible, on remplace les pansements humides par des pansements secs et des attouchements à la teinture d'iode.

A la fin de février les incisions sont en bonne voie de cicatrisation, les mouvements du poignet sont peu étendus et légèrement douloureux.

Malade revue en juin 1912.

Il existe une cicatrice assez profonde au niveau de l'incision de la gaîne cubitale.

Le pouce possède des mouvements de flexion et d'opposition spontanés, la deuxième phalange ne peut être fléchie sur la seconde.

Les autres doigts sont en demi flexion et ne possèdent des mouvements de flexion et d'extension que d'une faible amplitude.

Le poignet est complètement ankylosé alors qu'il était encore mobile quand le malade a quitté l'hôpital. Peut-être les antécédents rhumatismaux du malade ont-ils favorisé cette ankylose.

A ce propos, M. Chifoliau regrette de ne pas avoir pratiqué la résection du carpe chez ce malade.

OBSERVATION XVI

(Inédite, service du Dr Reynier)

Suppuration et incision des gaînes radiale et cubitale Résection

---

Le nommé B..., domestique, âgé de 38 ans, entre à l'hôpital Lariboisière, le 30 janvier 1911.

Le phlegmon est survenu à la suite d'une éraflure du pouce gauche à l'union de la première et de la seconde phalange. Le lendemain de ce léger accident, il survient rapidement de l'œdème sur les faces palmaire et dorsale du pouce ; c'est trois jours après que le malade entrait à Lariboisière ; il existe alors un empâtement marqué des doigts qui sont recourbés en crochet, le malade ne peut les étendre ; le poignet est, aussi, très douloureux.

A l'entrée, incision de la gaîne au niveau du pouce seulement par M. Reynier. Cette intervention n'amenant pas d'amélioration, le 31, M. Chifoliau ouvre complètement la gaîne du fléchisseur propre, puis la grande gaîne cubitale après section du ligament annulaire antérieur du carpe. En faisant cette intervention, on a incisé une première collection purulente située entre la gaîne et les téguments, mais il en existe une bien plus considérable **en arrière des fléchisseurs** au contact des articulations du poignet et du carré pronoteur.

Deux jours après il se collecte du pus sur la face dorsale de la main ; nouvelle incision au niveau du deuxième espace.

Malgré ces interventions, la température atteint toujours 39° 5 le soir ; le malade anémié par la septicémie, par de petites hémorragies est dans un état très précaire. Le poignet est extrêmement douloureux à la pression, il existe aussi des craquements articulaires.

En présence de la gravité de tous ces symptômes, M. Reynier conseille l'amputation immédiate ; c'est devant le refus du malade que M. Chifoliau résolut de tenter la résection.

L'incision dorsale déjà faite est agrandie, la première rangée du carpe est enlevée d'autant plus facilement que les articulations sont remplies de pus.

Cette résection permet de passer un drain qui draine largement la collection retro tendineuse. La température

baisse peu à peu après l'intervention, le malade put quitter l'hôpital le 26 mars 1911 ; à ce moment, les incisions étaient cicatrisées presque complètement, le poignet était assez mobile.

Etat du malade le 10 juin 1912. — La main est violacée et froide, tous les doigts sont placés en extension complète, le pouce un peu écarté de l'index, les mouvements d'adduction de ce dernier sont possibles. Il existe une légère flexion de l'auriculaire sur son métacarpien.

Les autres doigts sont immobilisés en extension ; tout mouvement de flexion est impossible par suite de la destruction complète des tendons.

Les mouvements de flexion et d'extension du poignet sont possibles à un très faible degré.

La sensibilité est abolie au niveau de l'index, diminuée sur les faces dorsales du pouce et du médius ; elle paraît normale sur tout le territoire du cubital.

OBSERVATION XVII

(Personnelle. Service du Dr Reynier)

Suppuration des gaînes radiale et cubitale. Incisions avec section au ligament annulaire. Résection

---

Louis R..., 44 ans, valet de chambre, entré à l'hôpital Lariboisière le 20 janvier 1912.

Le 12 ou 13 janvier, le malade se pique la face palmaire du pouce droit au niveau de la première phalange avec un petit coupe-papier.

La blessure est insignifiante et s'accompagne d'une légère hémorragie, elle paraît guérie après 2 ou 3 jours de pansements humides.

Le 17, le malade se heurte violemment le poignet droit en tombant à terre, d'où douleur vive augmentant dans la nuit, puis œdème du poignet.

Au moment de l'entrée : température 39° 8, le poignet droit est très tuméfié, il existe des plaques de lymphangite au niveau du pouce, la douleur est atroce. Les doigts sont légèrement fléchis et immobiles, la moindre tentative de mobilisation provoque des cris.

Dès l'entrée : incision par M. Chifoliau des gaînes synoviales, radiale et cubitale depuis l'extrémité du pouce et de l'auriculaire jusqu'au-dessus de l'articulation radio-carpienne ; après section du ligament annulaire antérieur, un drain est placé sous les tendons, dans le cul-de-sac retro-tendineux. Grands bains deux fois par jour et injection intra veineuse d'électrargol.

21 janvier. — Température 40° 8. L'œdème gagne en hauteur au niveau de l'avant-bras.

22 janvier. — Température 38° 4 qui remonte à 39° 6 dans la soirée. Etat général mauvais.

26 janvier. — Nouvelle intervention, on prolonge l'incision faite sur la face palmaire du poignet ; incision médiane sur la face dorsale de la main pour une fusée purulente. La température qui était de 38° le matin, remonte à 40°5 le soir. Injection intra-veineuse d'électrargol. Amélioration jusqu'au 28.

Le 28, la douleur qui avait diminué redevient plus vive, le poignet est particulièrement douloureux à la pression. Température à grandes oscillations, 37° 4 le matin, 39° 2 le soir.

Le 1er février. — Par l'incision dorsale déjà faite, M. Chifoliau pratique la résection des os du carpe ; il enlève la première rangée.

Par cette incision, on fait passer deux drains, l'un transcarpien, l'autre rejoignant l'incision de la gaîne du fléchisseur propre, un troisième dans l'incision de la gaîne cubitale. Des mèches de gaze sont placées autour du drain.

Injection intraveineuse d'électrargol. Après cette nouvelle intervention, la température baisse aussitôt, remonte le lendemain, elle tombe à 37° au bout de deux jours sous l'influence des grands bains ; on ne tarde pas à enlever les drains l'un après l'autre. Pansements à plat et attouchements à la teinture d'iode.

Les doigts restent volumineux et tuméfiés.

Lorsque le malade quitte l'hôpital, il est presque complètement cicatrisé.

Revu le malade le 10 juin 1912.

Bonne cicatrisation, des incisions ; la main est rejetée sur le bord cubital, le pouce est infléchi sur la paume et mobile.

Le petit doigt est recourbé en crochet, à angle aigu ; l'index, le médius et l'auriculaire sont légèrement fléchis et peuvent être écartés spontanément les uns des autres ; ces mouvements de latéralité permettent au malade de commencer à écrire.

Les mouvements d'extension et de flexion du poignet sont peu marquées mais possibles volontairement.

Depuis un mois les mouvements sont devenus plus faciles après massages et courants d'air chaud. Il importe de faire remarquer que le malade a suivi très régulièrement son traitement après sa sortie de l'hôpital.

OBSERVATION XVIII

(Personnelle. Service du Dr Reynier)

Ancien phlegmon. Nécrose des tendons. Arthrite du carpe Résection

Mme M..., 44 ans, entrée à Lariboisière le 5 février 1912.

La malade est atteinte de phlegmon de la main gauche, le début des accidents remonterait à novembre 1911, ils seraient survenus à la suite d'une plaie du médius.

A plusieurs reprises, la malade fut incisée à l'hôpital de Saint-Denis, la main et le poignet portent plusieurs cicatrices longues de 0.04 environ.

Au moment de l'entrée, la main est un véritable « battoir » ; elle est augmentée de volume dans son ensemble ; il existe de l'œdème surtout marqué à la face dorsale qui est le siège de plusieurs fistules. Les mouvements de flexion et d'extension des doigts sont complètement impossibles, ils sont légèrement recourbés et très déformés.

L'articulation du poignet est le siège de craquements ; quand on essaie de la mobiliser, on ne peut lui imprimer que des mouvements très peu étendus.

La malade refuse de se laisser amputer ; M. Chifoliau décide alors de pratiquer la résection du carpe.

L'intervention permet de constater la nécrose complète des tendons extenseurs, celle aussi des os du carpe que l'on enlève à la curette.

Les tendons fléchisseurs des doigts sont aussi détruits.

M. Chifoliau fait une contre-incision palmaire et draine avec des mèches de gaze iodoformée.

Le drainage se fait ensuite aisément, la température

baisse, au bout d'un mois les plaies sont en bonne voie de cicatrisation et la malade quitte l'hôpital le 10 mars.

Le 29 mai 1912. Le médius est fléchi en crochet, les deux dernières phalanges de l'index, de l'annulaire et de l'auriculaire sont fléchis sur la première.

Le pouce fléchi en opposition, peut s'écarter légèrement des autres doigts.

La sensibilité est indemne dans tout le territoire du cubital et celui du médian.

Au pouce, la sensbilité est abolie en partie dans le territoire du radial.

OBSERVATION XIX (*Inédite*)

(Due à l'obligeance du Dr Desmarest)

Incision des gaînes radiale et cubitale. — Mort

Mme O..., âgée de 56 ans, cuisinière, entre à l'Hôtel-Dieu le 9 octobre 1911, pour un volumineux phlegmon des gaînes synoviales de la main droite.

Histoire clinique. — L'affection date de **un mois.** A cette époque, la malade s'est piquée la face interne du pouce droit. Un panaris s'est développé mais n'a pas été incisé. Peu à peu les douleurs devinrent plus vives en même temps que le gonflement gagnait la paume, puis le dos de la main. Depuis plus de 8 jours, la malade souffre cruellement nuit et jour. Elle est conduite à l'Hôtel-Dieu le 9 octobre où je la vis avec une main déformée par une tuméfaction dorsale et palmaire très accentuée. L'attitude

demi-fléchie des doigts est tout à fait caractéristique. Le moindre mouvement d'extension provoqué des doigts arrache des cris à la malade. L'aspect extérieur est celui d'une gaîne infectée ; la température est de 39° 7, le pouls rapide.

Opération le 10 octobre 1911. — Opération : Dr Desmarest; aide, M. Séguinot, interne du service ; chloroformisateur, M. Desolty, externe du service. La malade, bronchitique et emphysémateuse, est, pour cette raison endormie au chloroforme. Désinfection de la peau à la teinture d'iode. Après avoir placé une bande d'Esmarch, je trace une incision verticale commençant à quatre travers de doigt au-dessus du pli radio-carpien. Les plans superficiels divisés, je reconnais le médian que je sépare de la gaîne adjacente. Le cul de sac supérieur de la gaîne cubitale est ouvert et il s'en échappe un pus concret abondant. Soulevant alors les tendons fléchisseurs superficiels, je trouve une nappe de pus entre ces derniers et les tendons du fléchisseur commun profond. La plus grande quantité de pus est derrière les tendons profonds, au niveau du cul-de-sac supérieur de la grande gaîne cubitale devant le carré pronoteur. Il ne semble y avoir aucune fusée du côté de l'avant-bras. Ayant ainsi largement ouvert la gaîne au niveau de l'avant-brs, je fends le ligament annulaire antérieur du carpe, sous lequel existe une nappe purulente.

Le nerf médian et ses branches thénariennes sont écartés en dehors et l'incision est continuée dans la paume de la main visant l'annulaire, L'arcade palmaire superficielle est sectionnée entre deux pinces. Puis j'ouvre successivement les culs-de-sac synoviaux *pré*, *inter et retro* tendineux qui sont remplis de pus. Ces gaînes sont suivies de près et, en certains points où elles se déchirent, les fragments en sont excisés. Je suis les tendons fléchisseurs du 5e doigt jusque dans l'éminence hypothénar,

mais la partie inférieure et interne de la gaîne cubitale ne contient pas de pus. Aussi ne voulant pas continuer sa dissection jusqu'au 5e doigt, je ne branche pas une incision oblique interne sur l'incision verticale médiane.

Du côté de la gaîne radiale, mise à découvert par une incision oblique passant sur l'éminence thénar et gagnant l'extrémité du pouce, je trouve une suppuration surabondante. La paume est ouverte dans toute sa longueur. Dans son segment radio-carpien et dans son segment antibrachial, la gaîne ne présente aucune suppuration. Au niveau de l'articulation phalango-phalangienne du pouce, il existe, sous le tendon fléchisseur propre, une petite collection qui communique avec l'articulation.

(L'affection a débuté par un panaris avec arthrite suppurée phalango-phalangienne ; elle a secondairement envahi la gaîne du pouce et l'infection s'est propagée à la gaîne cubitale probablement par une petite gaîne médiane annexée au tendon de l'index. Il est à noter que le cul-de-sac supérieur de la gaîne radiale et le cul-de-sac inférieur de la gaîne cubitale étaient indemnes de toute suppuration).

Après m'être assuré que toutes les gaînes étaient largement ouvertes, j'en enlevai avec soin les débris. Je plaçai quelques ligatures superficielles et des tampons imbibés d'eau oxygénée furent glissés entre les tendons pour aider à l'écoulement du pus. Par dessus, un large pansement humide à l'eau oxygénée.

L'opération a duré 27 minutes ; la malade a pris 35 gr. de chloroforme.

Suites opératoires. — Le soir, température 40° 5, pouls très rapide, adynamie. La malade souffre moins. Le lendemain, le pansement humide est renouvelé. La température monte à 40° 6, le soir du 2e jour et s'élève jusqu'à 41° le soir du 3e jour. La malade est dans un état de prostration très alarmant. Cependant, elle urine suffisamment

et le pouls reste bon. Je refais moi-même le pansement le matin du 3e jour ; la main est dans un mauvais état ; les tendons baignent au centre d'une suppuration diffuse ; le pus peu abondant est sanieux, mal lié, de mauvais aspect. L'avant-bras ne présente aucune fusée purulente. Toute la plaie est largement irriguée avec de l'eau oxygénée, puis j'insinue à nouveau entre les tendons des tampons imbibés d'eau oxygénée qui les écartent et facilitent l'écoulement du pus (cette manœuvre avait été négligée par l'externe chargé du pansement journalier). La malade est soutenue à l'aide d'huile camphrée et de sérum artificiel ; on lui fait une injection intra-veineuse de 10 cc. d'électrargol. Je songe à la possibilité d'une amputation et j'en discute les indications. Espérant que le drainage largement établi permettra une rétention septique moindre, je diffère l'amputation.

Le 4e jour, la température est, le matin de 40° ; le soir de 39° 8, mais l'état général est meilleur.

Le 5e jour, la température est à 39° 3, mais elle remonte, le soir, à 40°. Les pansements sont faits avec le plus grand soin. L'état général reste meilleur. Rien du côté de l'avant-bras. Le 6e jour et le 7e jour, la température descend progressivement jusqu'à 38° 5, pour remonter brusquement le 8e jour à 40 puis à 40° 6. La malade tombe alors dans un état semi-comateux et succombe le soir du 8e jour. L'autopsie ne put pas être faite.

OBSERVATION XX

(Chassaignac. **Traité de la suppuration et du drainage** p. 560. Obs. 621)

Le nommé Guillaume (Aug.), 44 ans, entre à Lariboisière le 20 juillet 1857.

Cet homme se présente avec tous les signes d'un phlegmon profond de la main droite et du médius. Tuméfaction, douleurs atroces, couleur violacée des téguments, enfin ulcération de la peau au niveau de la première phalange du médius et écoulement de pus par cette ulcération.

Le lendemain, on pratique plusieurs incisions profondes, une sur le médius, une sur l'aponévrose palmaire.

25 juillet. Nouvelle insision à quelques centimètres au-dessus de la première **de manière à couper le ligament annulaire antérieur du carpe.** Cette incision a pour but de combattre l'envahissement du bras par la phlegmasie purulente, la tendance à l'envahissement paraît arrêtée.

Cicatrisation rapide. Il persiste un peu de raideur des doigts et du poignet.

OBSERVATION XXI

(Observation XVII de la thèse de Schwartz)

Er..., couturière, 56 ans, se fit, le 7 avril 1876, une écorchure assez profonde à la face palmaire du pouce droit.

Il se déclare immédiatement après un phlegmon qui envahit l'éminence thénar, la paume de la main proprement dite et l'éminence thénar elle-même. Le petit doigt, au dire de la malade, n'a jamais été ni gonflé, ni douloureux.

En septembre 1876, les articulations du poignet se prirent ; peu de douleurs, mais craquements par la flexion et l'extension provoqués, et mouvements de latéralité. Il s'é-

tablit des fistules, une à la face palmaire, l'autre à la face dorsale de la main.

Par les deux, on arrivait sur les os à nu.

La dorsale s'est refermée de suite. Voici ce que nous constatons aujourd'hui : raideur absolue du poignet. A sa face antérieure, une fistule bourgeonnante qui donne continuellement issue à du pus. Elle est située du côté interne et quand on y entre le stylet, celui-ci vient tomber sur un fragment dénudé et mobile.

C'est donc à un sequestre qu'on a à faire. Main en griffe.

M. Gosselin conseille à la malade de se faire enlever la partie osseuse mortifiée.

OBSERVATION XXII

(Observation de Kanavel)

Surgery, Gynocology, Obstetric's p. 138)

Miss E. J. Cook Country Hospital. Entrée le 1er juin 1908.

La malade entre à l'hôpital se plaignant de douleur et de gonflement dans le poignet et la main droite, elle souffre de l'articulation depuis quelques jours.

Douleur marquée à l'extrémité du cubitus en arrière et aussi en avant. Toute l'articulation est douloureuse.

Pas d'antécédents intéressants.

Rhumatisme articulaire. Otite.

A l'examen : Rien en dehors de l'articulation. La main et le poignet droits sont très enflés avec prédominance de l'œdème sur la face dorsale de la main.

Les doigts sont en demi-flexion et les plus légers mouvements sont douloureux.

On pratique l'examen du sang. Globules blancs 8.200.

4 juin. — Incision de la gaîne cubitale.

5 juin. — L'incision est prolongée sur toute l'étendue de la gaîne, les tendons fléchisseurs mis à nu.

Arthrite purulente du genou. Mort.

OBSERVATION XXIII (résumée)

d'après Kanavel (**Surgery, Gynocology, Obstétric's,** 1909)

M. W. Post-Gradnate Hospital, juillet 1908.

Le malade raconte qu'il s'est enfoncé un éclat de bois dans la dernière phalange du pouce sept jours avant son entrée à l'hôpital. L'écharde a été enlevée avec un couteau.

A l'examen : T. 39. P. 96. Œdème palmaire et dorsal de la main ainsi que de l'avant-bras. Température locale augmentée au poignet. Douleur sur toute l'étendue de la gaîne cubitale et du petit doigt.

Les mouvements d'extension du pouce et de l'auriculaire provoquent une vive douleur.

On pose le diagnostic de phlegmon de la gaîne du long fléchisseur, des gaînes radiale et cubitale.

Opération : Anesthésie générale et application de la bande d'Esmarch.

Incision de la gaîne cubitale. Rien à un des tendons fléchisseurs, ouverture des gaînes remplies de pus..

Le ligament annulaire fut incisé. Une pince fut passée

dans les tendons fléchisseurs profonds des doigts et amena l'issue d'une petite collection purulente.

Incision de la gaîne radiale depuis l'extrémité du pouce jusqu'au-dessous du ligament annulaire.

Lavage des gaînes avec du sérum artificiel, des mèches de gaze sant laissées dans la plaie et passées sous le fléchisseur profond.

Pansement humide chaud avec une solution boriquée.

Evolution : La douleur fut calmée immédiatement. Au bout de vingt-quatre heures, on remplaça les pansements humides par des pansements secs.

Au bout de cinquante jours, incision de la gaîne du petit doigt jusqu'à l'extrémité de ce dernier, on trouve un peu de pus. On pense qu'il eut été préférable de l'ouvrir de suite.

Cicatrisation rapide.

Le malade recouvre complet usage de sa main, seul le petit doigt a perdu 25 %.

Cas particulièrement bon. La photographie montre que le malade peut fléchir complètement ses doigts, sauf l'auriculaire légèrement ankylosé, mais non fléchi. Kanavel fait remarquer que l'incision fut faite trente-six heures après le début du phlegmon des gaînes.

Conclusions

Le traitement des suppurations graves des gaînes synoviales de la main mérite de fixer de façon toute particulière l'attention des chirurgiens.

Mal ou insuffisamment traitées, elles conduisent à l'amputation ou à la perte fonctionnelle de la main.

La suppuration des gaînes synoviales, diagnostiquée de façon précoce, sera traitée par l'incision large des gaînes radiale et cubitale et quelquefois des deux, suivant les cas, *avec section du ligament annulaire antérieur du carpe.*

Les meilleurs résultats que nous rapportons sont ceux de malades *opérés de très bonne heure.* Les autres résultats obtenus ont été assez peu favorables au point de vue fonctionnel, mais nous pensons qu'il s'agissait de cas si graves que ces malades auraient succombé à la septicémie ou auraient été amputés sans cette intervention large.

L'atteinte des articulations du carpe, beaucoup plus fréquente qu'on ne le croit au cours des suppurations de la main, nécessitera la résection partielle ou totale du poignet. Cette intervention apparaît

comme une suprême ressource destinée à éviter l'amputation, elle constitue aussi un excellent procédé de drainage.

Les incisions larges antibrachiales et palmaires, avec section du ligament annulaire antérieur du carpe, n'ont été suivies d'aucun accident vasculaire ou nerveux imputables à l'opération ; les morts que nous relatons sont dues soit à l'état antérieur du sujet, soit à l'intensité de la septicémie.

Vu, le Président de Thèse :

PAUL SEGOND.

Vu, le Doyen :

LANDOUZY.

Vu et permis d'imprimer,

Le Vice-Recteur de l'Université de Paris :

LIARD.

Bibliographie

Bauchet. — *Thèse de Paris*, 1859.

Chassaignac. — De la suppuration, 1859.

Chevalet. — *Thèse*, 1875.

Forsell. — *Nordish Medic. Arch.* (Clinique), 1903, fasc. 3, n° 14.

Gosselin. — Cliniques de la Charité, 1873.

Helferich. — *Berliner klinishe Wochenschrift*, 1892, n° 4.

Kanavel. — *Surgery, Gynecology, Obstetries*, 1909, t. V, II, n° 2.

Lecène. — *Journal de Chirurgie*, 1911.

Pauchet. — *La Clinique*, novembre 1908.

Polaillon. — *Dict. Encyclopédique des Sc. Méd.* 1876.

Schwartz. — Recherches anatomiques et cliniques sur les gaînes synoviales de la face palmaire de la main. (*Thèse de Paris*, 1878).

Tillaux. — Traité de Chirurgie clinique.

Veau. — Pratique courante et chirurgie d'urgence, 1908.